

Stemmingsstoornissen bij kinderen en jongeren: kinderen met leerproblemen vormen een risicogroep

Tom Braams

Tijdschrift voor Remedial Teaching, 2000, (2), 22-29.

Stemmingsstoornissen bij kinderen en jongeren krijgen nog niet de aandacht die ze verdienen. Dat hangt misschien samen met het gegeven dat het herkennen van depressiviteit bij kinderen en jongeren vaak moeilijk is. De groep kinderen met leerproblemen heeft een verhoogd risico op stemmingsstoornissen. Bij kinderen en jongeren met leerproblemen, die het slecht doen op school en ook buiten de school slecht functioneren, kun je maar beter uitgaan van een stemmingsstoornis, tot het tegendeel is bewezen.

Inleiding

Aan stemmingsstoornissen ligt vaak een biologische gevoeligheid ten grondslag: in de familie van een depressief kind komt vaak meer depressiviteit voor. Een groot gedeelte van de kinderen met stemmingsstoornissen heeft een ouder die op hetzelfde moment ook depressief is. Die 'aanleg' voor depressiviteit kan sluimerend aanwezig zijn, tot er zich omstandigheden voordoen die langdurige stress veroorzaken. Bij een grote biologische gevoeligheid is er soms maar weinig nodig om depressief te worden, bij een lichte gevoeligheid spelen psychosociale en omgevingsfactoren vaak een grotere rol.

Langdurige stress kan leiden tot een stemmingsstoornis. Of een kind werkelijk depressief wordt, hangt af van allerlei factoren. Een daarvan is in hoeverre een kind sociale steun krijgt van ouders en andere belangrijke volwassenen, zoals leerkrachten. Een andere bepalende factor is hoe goed een kind geleerd heeft om met spanningveroorzakende situaties om te gaan. De omgeving kan veel bijdragen aan de verbetering van de stemming van het kind en aan zijn vaardigheden in het omgaan met problemen, maar ook de oorzaak zijn van een toename van stemmingsproblemen.

De bronnen van stress kunnen uiteraard zeer verschillend zijn: omstandigheden en gebeurtenissen binnen het gezin, ingrijpende gebeurtenissen zoals een verhuizing en een verandering van school, het overlijden van een geliefd persoon, traumatische gebeurtenissen (oorlogssituaties, kindermishandeling of seksueel misbruik, langdurig pesten), handicaps, het ontdekken van de eigen homoseksuele geaardheid. Zie voor risicofactoren en beschermende factoren Sambeek & Senders (1998).

Een stemmingsstoornis leidt vaak tot leerproblemen. Typische kenmerken die men op school kan waarnemen zijn dagdromen, een slechte concentratie op het werk, moeite met leren, aandachtsproblemen, geen zin en puf hebben om zich in te spannen en storend gedrag in de klas. Kinderen kunnen hun zin in het naar school gaan verliezen of veel spijbelen. In extreme gevallen kunnen ze zelfs een schoolfobie ontwikkelen.

Andersom kunnen leerproblemen en leerstoornissen ook de *oorzaak* zijn van een stemmingsstoornis. Voor kinderen met leerproblemen kan de school een zeer onplezierige en frustrerende omgeving zijn. Ook in de gunstige situatie waarin de leerproblemen worden herkend en erkend, er didactisch adequate hulp wordt geboden en de leerkracht in de klas rekening houdt met het leerprobleem, wordt er vaak te weinig rekening gehouden met de sociaal-emotionele kanten die de leerproblemen vergezellen.

In deze bijdrage wil ik kort de belangrijkste kenmerken van stemmingsstoornissen bespreken, en vervolgens de specifieke problemen en behoeften belichten van twee groepen met leerproblemen: kinderen met ADHD en kinderen met dyslexie.

Kenmerken van depressiviteit

Het is niet altijd makkelijk om vast te stellen of een kind een stemmingsstoornis heeft. Er is geen sprake van een stoornis als het stemmingsprobleem kort duurt: elk kind heeft wel eens een dipje. Ook neerslachtigheid vanwege een recente gebeurtenis (bijvoorbeeld het overlijden van een grootouder) kun je geen *stoornis* noemen. Het is pas een stoornis als het *te lang* duurt en het normale

functioneren ernstig wordt beïnvloed. Meestal is er een opvallende verandering in het gedrag van het kind te zien: het wil niet meer naar school en heeft geen zin om met vrienden te spelen of het is om het minste of geringste geïrriteerd en maakt frequent ruzie om kleinigheden. Soms is die verandering in het gedrag moeilijker te zien, omdat de stemmingsstoornis zo langdurig (en onopvallend) is dat je je nauwelijks nog herinnert dat het kind vroeger vrolijk en actief was.

Stemmingsstoornissen zijn er in soorten. De *depressieve stoornis* (in de volksmond 'depressiviteit' genoemd) kenmerkt zich met name door een sombere, neerslachtige of juist een prikkelbare stemming en door vermindering van interesse en plezier in allerlei activiteiten en in het omgaan met anderen. Voorts kan er sprake zijn van meer of minder andere symptomen (zie kader 1). Bij een lichte depressie zijn er minder symptomen, bij een ernstige depressie meer. Bij een lichte depressie zijn er geen wensen om dood te gaan, bij een matige depressie zijn er wel wensen om dood te gaan of zelfmoord te plegen. Bij een ernstige depressie zijn er plannen voor zelfmoord of is er al een poging tot zelfmoord gedaan.

Kader 1: kenmerken van een depressieve periode

Minstens vijf van de volgende kenmerken moeten aanwezig te zijn om een kind depressief te noemen, waarbij in ieder geval sprake is van kenmerk 1 of kenmerk 2:

- 1 een sombere, neerslachtige stemming: het kind is verdrietig, treurig zonder dat daar een duidelijke reden voor is. Het kind is moeilijk op te vrolijken.
of een prikkelbare stemming: het kind is snel geïrriteerd, knorrig, plotseling boos, agressief, zoekt ruzie.
of afwisselend sombere en prikkelbare stemming,
- 2 duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten en in het omgaan met anderen,
- 3 abnormaal weinig of juist veel eetlust, abnormaal verlies of toename van gewicht (bij kinderen komt dit wat minder voor dan bij volwassenen),
- 4 slaapproblemen (moeilijk in slaap vallen, wakker worden midden in de nacht, veel vroeger dan normaal wakker worden) of te veel slapen (moeilijk wakker kunnen worden, veel langer slapen dan normaal, meer overdag slapen),

- ongemotiveerdheid,
- 6 vermoeidheid of verlies van energie,
- 7 gevoelens van waardeloosheid of buitensporige, onterechte schuldgevoelens,
- 8 verminderd vermogen tot nadenken of concentreren,
- 9 terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende gedachten aan zelfdoding, het maken van plannen voor zelfdoding of een poging tot zelfdoding.

Deze kenmerken mogen niet tot de symptomen van een ziekte behoren (bijvoorbeeld een schildklier-afwijking) of het gevolg zijn van het gebruik van alcohol, drugs of medicijnen. Andersom kan een depressie wel de oorzaak van alcohol- of drugsmisbruik zijn: door veel te drinken of drugs te gebruiken kan een tiener proberen zijn somberheid te ontvluchten.

(uit: Braams & Talma, 1999)

Een mildere, maar doorgaans veel langduriger stemmingsstoornis is de *dysthyme stoornis*. De depressieve stemming is dan niet constant aanwezig. De meeste dagen heeft een kind depressieve periodes, soms is de depressieve stemming de hele dag present, een enkele keer is er een dag zonder stemmingsproblemen. Langdurige periodes waarin er geen stemmingsproblemen zijn, komen niet voor. Een dysthyme stoornis beperkt het functioneren, het presteren en het plezier in het leven. Het functioneren blijft echter wel mogelijk, dit in tegenstelling tot bij een depressieve stoornis.

Heel anders van uiting is de *bipolaire stoornis* (in de volksmond 'manisch-depressiviteit' genoemd). Hierbij is sprake van periodes die min of meer de tegenpool zijn van de neerslachtigheid die een depressieve stoornis kenmerkt. In een manische fase is een kind extreem opgewonden en energiek. Die opgewondenheid kan zich uiten als een overdreven vrolijkheid en de hele wereld aankunnen (euforie), maar ook als een extreme geïrriteerdheid, boosheid, agressie (dysforie), die soms met grote angsten gepaard gaat. De energie van een manisch of hypomaan kind lijkt soms onuitputtelijk, de gedachten- en ideeënstroom niet te stoppen. Een bipolaire stoornis heb je voor je leven, je komt er niet meer van af. In de meeste gevallen is het goed te behandelen, met een combinatie van voorlichting, medicijnen en psychotherapie.

Kader 2: Kenmerken van een manische periode

Een manie is een toestand van flinke opgewondenheid. Die opgewondenheid kan overdreven vrolijk zijn (*euforisch*) maar ook overdreven geïrriteerd, boos en angstig (*dysforisch*).

Euforie heeft twee kanten: aan de ene kant is er een extreem opgewekte stemming met niet bij de omstandigheden passende gevoelens van welbevinden, vrolijkheid, onbezonnenheid en kinderachtig, dwaas gedrag. De persoon is één met de wereld, heeft een onbegrensde energie, praat je de oren van je hoofd en loopt over van ideeën, plannen, gedachten. Aan de andere kant kan het ook een niet passend ontkennen van problemen en symptomen inhouden, terwijl het iedereen in de omgeving duidelijk is dat het gedrag niet passend maar verstorend en destructief is.

De dysforische jongere is opgewonden en zeer snel geïrriteerd, uit snel een agressieve woede, kan denken dat iedereen het op hem gemunt heeft, maar kan ook vol angsten zitten en paniekaanvallen hebben. De geïrriteerdheid is een vijandige boosheid met woede-uitbarstingen, impulsieve vernietigingsdrang, oncontroleerbare agressie of gewelddadigheid naar anderen.

Om van manie te spreken moet er naast het eerstgenoemde kenmerk ten minste drie van de overige kenmerken aanwezig zijn:

1. euforische of dysforische stemming (zie hierboven),
2. een opgeblazen zelfwaarde of gevoel van grootsheid, ernstig overschatten van eigen capaciteiten, mogelijkheden, invloed, zich figuurlijk en soms letterlijk 'goddelijk' voelen of een speciale relatie met God hebben,
3. een afgenomen behoefte aan slaap, 's nachts juist zeer wakker zijn, maar ook dagenlang slapen zonder echt moe te zijn,
4. een verhoogde praatzucht, een drang om steeds maar te blijven praten,
5. een snelle vlucht van ideeën of gedachten, niet in staat zijn bij een gedachte te blijven,
6. verhoogde afleidbaarheid, verminderde aandacht, niet in staat zijn zich te concentreren,
7. toegenomen doelgericht gedrag, een enorme behoefte om dingen te ondernemen, hyperactief, (motorisch, mentaal, seksueel), vaak met een enorme opdringerigheid,
8. excessieve betrokkenheid bij genotvolle activiteiten die pijnlijke, onaangename gevolgen kunnen hebben: zeer veel geld uitgeven, verhoogd risicozoekend gedrag, gevaarlijke seksuele activiteiten.

Om van manie te spreken, moet de stoornis zo ernstig zijn dat er flinke tekortkomingen zijn in de sociale activiteiten en het omgaan met anderen en er moeten problemen op school of op het werk ontstaan. Om schade voor de betrokkene of zijn om-

geving te voorkomen, kan een opname in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk zijn.

(Uit: Braams en Talma, 1999)

Een bipolaire stoornis komt weinig voor bij kinderen voor de puberteit. Vaak zijn er echter bij kinderen die als tiener een bipolaire stoornis ontwikkelen, wel lichtere stemmingsstoornissen te zien. Die worden echter vaak niet herkend. *Hypomanie*, een lichtere vorm van manie, is vaak al zeer vroeg aanwezig en wordt vaak ten onrechte gediagnosticeerd als ADHD, antisociale gedragsstoornis, oppositioeneel-opstandige gedragsstoornis of gegeneraliseerde angststoornis. Het hypomane kind is hyperactief, extreem vrolijk, doet van alles zonder na te denken, houdt vaak van seksuele spelletjes en heeft weinig slaap nodig. Als het ouder wordt, komen er meer negatieve emoties zoals woedeaanvallen en agressie naar anderen. Hypomanie en ADHD gaat vaak samen.

Herkenning

De herkenning van stemmingsstoornissen bij kinderen wordt bemoeilijkt door verschillende factoren. Ten eerste is er bijzonder vaak sprake van *comorbiditeit*: van het samen voorkomen van verschillende problemen (zie ook de Witte, 1990; Braams & Talma, 1999). Wie denkt er aan dat Peter niet alleen ADHD heeft maar ook een stemmingsstoornis? Of dat Marieke niet alleen extreem angstig is maar ook depressief? Of dat Leo's antisociale gedrag ook dysfore trekjes heeft?

Ten tweede hangen de symptomen van de stemmingsstoornis af van de leeftijd van het kind. Een kleuter zal zijn neerslachtigheid eerder uiten met zeuren en dreinen, een puber met zich terugtrekken en zich erg veel zorgen maken. Ook kan er sprake zijn van een ontwikkeling in het symptomencomplex. De nog tamelijk vriendelijke hypomanie op peuterleeftijd kan ontwikkelen tot een agressieve, vijandige manie tijdens de puberteit.

Ten derde is er bij kinderen, en bij pubers in het bijzonder, sowieso vaak sprake van periodes van wat neerslachtigheid. Dat is heel gewoon. Ook een depressieve stemming na een belangrijke gebeurtenis zoals het overlijden van iemand uit de directe omgeving is normaal, als het tenminste niet te lang duurt. Maar wanneer wordt een depressieve stemming een stemmingsstoornis?

Tijdige herkenning vraagt om aandacht voor het sociaal-emotioneel functioneren, om alertheid op de signalen, om goed overleg tussen leerkrachten en ouders. Tijdige herkenning is het halve werk, het maakt tijdig

ingrijpen mogelijk. Die herkenning hoeft in eerste instantie niet verder gaan dan: *'er is mogelijk sprake van een stemmingsprobleem'*. De huisarts van het betreffende kind kan vervolgens, in overleg met de ouders, een nadere diagnose stellen en bekijken of doorverwijzing naar een psychotherapeut of kinder- en jeugdpsychiater noodzakelijk is.

Leerkrachten kunnen een belangrijke rol spelen door kinderen die langdurig met spanning veroorzakende omstandigheden te maken hebben goed in de gaten te houden. Ze dienen voor veiligheid te zorgen door veel aandacht te geven aan een goede sfeer op school en in de klas, waarin elk kind, met zijn eigen aardigheden, geaccepteerd wordt en in zijn waarde gelaten. Een positief schoolklimaat, waarin de falen wordt voorkomen en waarin geen ruimte is voor pesten. Een kind met een stemmingsstoornis moet vertrouwen kunnen hebben in de leerkracht en zich onvoorwaardelijk gesteund weten.

Bij kinderen met ernstige stemmingsstoornissen kan het noodzakelijk zijn om met de ouders en met hulpverleners goede afspraken te maken. Als een kind het bijna niet meer kan opbrengen om naar school te gaan, zullen er afspraken gemaakt moeten worden over een aangepast, lichter programma. Het is daarbij belangrijk dat het kind zich niet compleet uit zijn gewone dagelijkse leven terugtrekt. Wel moet er uiteraard geprobeerd worden om eventuele bronnen van stress die met het schoolse functioneren te maken hebben, weg te nemen. Als er een suïciderisico is, mag een kind nooit alleen gelaten worden. Als een leerkracht suïcidaal gedrag waarneemt, dient hij direct met de ouders en de huisarts van het kind contact op te nemen. Voor uitgebreidere informatie over de herkenning van stemmingsstoornissen en het omgaan met een depressief en/of suïcidaal kind op school, wordt verwezen naar Braams & Talma (1999).

Kinderen met leerproblemen: een risico-groep

Kinderen met een leerprobleem hebben een aanzienlijk groter risico op een stemmingsstoornis dan kinderen die geen leerproblemen hebben. Op het moment dat er sprake is van ernstig achterblijvende leerprestaties, moet er hiermee rekening gehouden worden. Kinderen met leerproblemen dienen niet alleen didactisch adequate ondersteuning te krijgen, maar ook steun en begrip voor de frustraties die de leerproblemen met zich meebrengen. Kinderen met leerproblemen kunnen gemakkelijk in een vicieuze cirkel terecht komen: weinig vooruitgang leidt tot verlies aan zelfvertrouwen, tot verlies aan controle. Verlies van controle (*'ik wil wel maar ik weet niet hoe'*) leidt tot gevoelens van hulpeloosheid.

Hulpeloosheid leidt tot angst om te falen. Door de faalangst past een kind zich minder goed aan aan de eisen die de taak hem stelt, en dat leidt weer tot minder vooruitgang.

De spanningen die de leerproblemen met zich mee brengen, worden door veel kinderen knap gemaskeerd met stoer gedrag of met een schijnbare onverschilligheid. Ze voelen heel goed aan dat je heel kwetsbaar bent als je de stress om je slechte resultaten laat zien aan je medeleerlingen. Thuis hoeft zo'n kind de schijn niet meer op te houden en komen de spanningen wel naar buiten, met moeilijk gedrag en vaak ook met lichamelijke reacties (buikpijn, hoofdpijn, slecht slapen, bedplassen, stotteren, gebrek aan eetlust). Aan de hand van twee veel voorkomende stoornissen (ADHD en dyslexie), wil ik wat specifieke problemen en behoeften bespreken.

ADHD

Kinderen met ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) zijn in drie groepen te verdelen: kinderen die vooral onoplettend zijn, kinderen die hyperactief en impulsief zijn en kinderen die zowel onoplettend als hyperactief en impulsief zijn.

De eerste groep, die beter met de term ADD kan worden aangeduid omdat er geen sprake is van hyperactiviteit, kan zich goed en gemakkelijk concentreren op dingen en activiteiten die ze leuk vinden. Maar hun volle aandacht richten op het organiseren en uitvoeren van schoolse taken of het leren van iets nieuws kost erg veel moeite. Ze zijn dan bijzonder snel verveeld en worden dan afgeleid door irrelevante geluiden of voorwerpen, ze schenken te weinig aandacht aan details en maken onnodige fouten, ze volgen instructies maar half op en ze vergeten pennen, boeken of andere dingen die ze voor hun werk nodig hebben. Het zijn doorgaans rustige kinderen die geen overlast bezorgen in de klas. Ze zijn eerder dromerig. Hun aandachtsprobleem wordt vaak als ongemotiveerdheid uitgelegd.

De tweede groep is rusteloos, energiek, constant in beweging als ze eigenlijk stil moeten zitten (wippen op de stoel, schommelen met de benen, steeds van de stoel af). Buiten zijn ze altijd aan 't rennen, klimmen ze overal in. Ze zijn impulsief: steken de straat over zonder uit te kijken, geven antwoord zonder de hele vraag gehoord te hebben en op hun beurt gewacht te hebben. Ze leven in een wereld die ze constant bestookt met geluiden, beelden, indrukken. Hun aandacht wordt van de ene gedachte naar de andere activiteit voortgedreven. Voor hun omgeving zijn ze een wervelwind van ongeorganiseerde en opgewonden activiteit. Ze beproeven daardoor hun relaties met anderen

enorm. Ze worden veel gecorrigeerd, al lijkt dat vaak nauwelijks te helpen. Daardoor ontstaat veel wrevel, wat leidt tot een afname van het gevoel van zelfwaarde van het hyperactieve kind.

De derde groep is zowel onoplettend als hyperactief en impulsief. Waar de hyperactieve, impulsieve groep een taak nog redelijk kan uitvoeren, lukt dat de groep die ook nog onoplettend is veel minder.

Niet alle kinderen die de bovenvermelde symptomen vertonen, hebben ADHD of ADD. De symptomen moeten al voor de zevenjarige leeftijd aanwezig zijn en langer duren dan zes maanden. Daarbij moet de stoornis frequent voorkomen en zo erg zijn dat het een duidelijke belemmering vormt voor het functioneren thuis en op school. Verder kunnen ook extreme angst, stemmingsproblemen, een chronische middenoorontsteking, gebruik van medicijnen of drugs, lichte epileptische aanvallen (petit mal) en frustraties op school als gevolg van te moeilijke of te makkelijke leerstof tot ADHD- of ADD-achtige aandachtsproblemen leiden.

ADHD en ADD worden vaak vergezeld door andere problemen (comorbiditeit). Veel kinderen hebben leerproblemen als gevolg de aandachtsstoornis. Vaak is er ook sprake van ook een specifieke leerstoornis, zoals dyslexie. De helft van de kinderen met ADHD heeft een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis. Deze kinderen zijn erg snel geprikkeld en overreageren op de kleine dingen die hun worden 'aangedaan'. Ze zijn constant negatief, vijandig en openlijk ongehoorzaam ten opzichte van ouders, leerkrachten en anderen. Een grote groep kinderen met aandachtsstoornissen heeft ook emotionele problemen, zoals heftige angsten, of een stemmingsstoornis.

Stemmingsstoornissen bij kinderen met aandachtsproblemen kunnen worden veroorzaakt door de frustraties en het falen waarmee ze steeds worden geconfronteerd. Ze horen steeds dat ze niet hun best doen, vervelend zijn, zich moeten beheersen, niet nadenken voor ze iets doen. Het zijn dan de *consequenties* van de aandachtsproblemen die tot stemmingsstoornissen kunnen leiden. Andersom kan een stemmingsstoornis op jonge leeftijd, bijvoorbeeld hypomanie, ook ten grondslag liggen aan hyperactiviteit en aandachtsproblemen, zoals in paragraaf 2 is besproken.

Joris kwam met zijn ouders bij de therapeut toen de situatie op school onhoudbaar was geworden. Hij vocht steeds met zijn klasgenoten en was brutaal en ongehoorzaam tegen de juffrouw. De druppel die de emmer deed

overlopen was dat hij de juffrouw had aangevallen.

Joris was altijd een druktemaker, die nooit stilzat en niet in staat om naar een verhaaltje te luisteren. Zijn ouders hadden echter het idee dat het beter met hem ging. Vorig schooljaar had hij een zeer ervaren juf met wie hij het heel goed kon vinden. Ze was heel duidelijk en resoluut, maar liet hem ook ruimte om rond te lopen als hij het op z'n stoel niet meer uit kon houden.

Dit schooljaar gaat het veel minder. De leerkracht klaagt dat Joris zijn werk niet doet en andere kinderen stoort met al zijn gepraat en met de geluiden die hij maakt. De kinderen gingen steeds minder met hem om, omdat hij heel veel ruzie maakte en niets kon hebben. Toen hij een paar keer klasgenoten erg getrapt had en de juf had aangevallen, was de maat vol.

Thuis werd Joris ook steeds moeilijker. Al een paar keer was hij in zijn kamer betrapt op het in de brand steken van papieren. Hij sloeg zijn zusje, kreeg woedeaanvallen als hij zijn zin niet kreeg en was om het minste geïrriteerd. Hij hoorde de hele dag alleen maar 'nee' en 'niet doen' en 'vervelend kind'. Tegen de therapeut zei hij dat hij 'dom' was, dat hij 'niets goed kon doen'.

Als kinderen alleen maar negatieve opmerkingen horen over hun gedrag of over hun werkhouding, internaliseren ze deze opmerkingen: hun gedrag is slecht, hun werkhouding is slecht, dus zij zijn slecht. Zo'n negatieve zelfbeoordeling leidt gemakkelijk tot een stemmingsstoornis.

Kinderen met aandachtsstoornissen hebben uiteenlopende behoeften. Sommigen zijn zo hyperactief of onoplettend dat ze binnen het reguliere basisonderwijs niet kunnen functioneren, zelfs met medicijnen en opvoedingsondersteuning. Vaak is dat wel mogelijk, als ze in een rustig hoekje zitten waar ze weinig worden afgeleid. Hyperactieve kinderen hebben een plek nodig waar ze wat kunnen lopen en bewegen en waar ze wat energie kwijt kunnen. Impulsieve kinderen hebben vaak baat bij zeer duidelijke afspraken waarbij wenselijk gedrag beloond wordt. Soms helpt een kaartje op hun tafel om hen te herinneren aan de gemaakte afspraken. Onoplettende kinderen hebben vaak baat bij wat extra tijd voor hun werk en bij opgeschreven instructies (op het bord of op papier). Veel van de zinvolle aanpassingen zijn niets meer dan gewoon goede lesmethoden. Kinderen met aandachtsproblemen zijn meestal prima in staat om te leren, met een goede aanpak van de leerkracht, met opvoedingsondersteuning en, indien nodig, met medicijnen (zie voor uitgebreider informatie Gunning en Paternotte, 1997; Paternotte, 1998).

Naast alle praktijken van goed onderwijs, is het vergroten van het zelfvertrouwen en het opbouwen van een positief zelfbeeld van groot belang. Als een leerkracht geen gevoeligheid heeft voor wat de leerling *wel* goed doet, als hij alleen het storende of schijnbaar ongemotiveerde gedrag van de leerling signaleert, kan hij de leerling niet helpen. Het is essentieel dat de leerkracht een goede relatie met het kind opbouwt en duidelijk laat merken dat hij het kind begrijpt en steunt in zijn (vaak moeizame) pogingen om het gewenste gedrag te laten zien. De leerkracht moet daarbij zoeken naar de positieve krachten van het kind en deze benutten om het contact te verbeteren en het zelfvertrouwen te herstellen. Petri (1999) geeft hiervoor een zeer bruikbare benadering.

Dyslexie

Dyslexie is meer dan alleen maar een ernstig probleem met lezen en spellen. Het komt vaak ook tot uitdrukking bij het automatiseren van het rekenen (optellen en aftrekken tot twintig en het leren van de tafels), het onthouden van instructies en opdrachten en bij het verstaan van anderen in een omgeving die niet geheel stil is (zie Braams, 1996 en 1998). Een klas is nooit geheel stil. Een dyslectisch kind moet zich daardoor extra inspannen om alles goed te kunnen volgen, niet alleen wat de leerkracht zegt, ook wat zijn vriendjes zitten te fluisteren (dat is óók belangrijk!). Toch verstaat het vaak niet alles, of onthoudt het de opdrachten niet goed. Dat kan er makkelijk toe leiden dat het zijn werk niet goed doet (opdracht niet helemaal begrepen) of het verkeerde doet (opdracht niet onthouden). De frustratie hierover wordt nog verergerd als de leerkracht niet in de gaten heeft dat er *onmacht* aan het verkeerd uitvoeren van de opdracht ten grondslag ligt, en geen *onwil*.

De klassensituatie kan voor een dyslectisch kind een spanningen oproepende en frustrerende omgeving zijn. Spanningen en frustraties als gevolg van het leren lezen en spellen kunnen zeer snel ontwikkelen: een dyslectisch kind heeft soms na een paar maanden in groep 3 al in de gaten dat het niet goed gaat. Dat het andere kinderen wel lukt en hem niet, ondanks het gegeven dat hij heel erg zijn best doet. Als dan in de loop van groep 3 blijkt dat het rekenen ook problemen geeft, dat het steeds de leerkracht moet vragen om herhaalde uitleg, en dat het vaak de opdrachten niet goed uitvoert omdat het ze vergeet, wat kan een kind dan anders dan concluderen dat het dom is? Spanningen, faalangst en een geknakt zelfvertrouwen: de ideale voedingsbodem voor een depressie.

Rens zit in groep 5. Het gaat eigenlijk heel goed met hem. Dankzij zeer intensieve training, er wordt dagelijks individueel een half uur met hem geoefend met lezen en spellen, gaat hij goed vooruit. Met spellen is hij op het niveau van de klas. Met lezen is hij nog wel wat achter, maar hij gaat gestaag vooruit. Rekenen gaat goed, hoewel hij altijd bij de laatsten hoort die klaar is. Wereldoriëntatie vindt hij boeiend. Toch is hij al maanden somber. Thuis hangt hij op de bank. 's Avonds bij het naar bed gaan zijn er vaak tranen. Hij wil ook wel eens de beste van de klas zijn. Die rot-dyslexie! Waarom krijgen ze alleen maar een cijfer voor Woordpakket en niet voor Wereldoriëntatie? Zijn ouders weten niet goed hoe ze moeten reageren als hij zegt dat hij dood wil. De juf schrikt als ze de zorgen van de ouders aanhoort. Ze besluit hem nog wat meer positieve aandacht te geven. Met rekenen hoeft hij niet alle rijtjes sommen meer te maken. Dan is hij niet steeds als laatste klaar. Zijn hobby krijgt extra aandacht. Zo kan hij zich in de klas ook eens positief profileren. Drie maanden later blijkt dat de kleine aanpassingen effect hebben gehad. Sombere momenten heeft Rens nog wel eens, maar meestal is hij weer vrolijk en actief.

Uit interviews die Riddick (1996) had met ouders van dyslectische kinderen, blijkt dat vrijwel alle ouders melden dat de dyslexie ernstige sociaal-emotionele consequenties heeft. Veel ouders gaven aan dat hun kind duidelijk depressieve periodes heeft gekend. Daarbij lijken, volgens Riddick, twee factoren voor verantwoordelijk: een gebrek aan identificatiemogelijkheden (*'al mijn vriendinnen kunnen het wel'*) en een gebrek aan sociale steun. Hetzelfde bleek uit door Riddick aangehaald onderzoek van anderen. Tussen de geïnterviewden was één moeder die vertelde dat de (forse) dyslexie geen invloed op haar dochter had, ondanks het gegeven dat de diagnose pas op tienjarige leeftijd werd gesteld. Waarschijnlijk was dit een gevolg van het feit dat haar school veel oog had voor haar welbevinden in de klas en haar beste vriendin ook dyslectisch was. *'Believe it or not, her best friend at school was dyslexic as well, and they found out at virtually the same time, that they were both dyslexic. Which was a help for her.'* (Riddick, 1996, p. 108).

Naast een gebrek aan identificatiemogelijkheden en onvoldoende sociale steun, zijn er ook andere factoren die tot stemmingsstoornissen kunnen leiden. Allereerst natuurlijk zijn er de frustraties over het 'wel willen maar niet kunnen'. Elk kind vindt het leren lezen en schrijven bijzonder belangrijk. Als dit niet goed blijkt te gaan, schaadt dat het zelfvertrouwen in hoge mate. Vooral als er nog geen diagnose gesteld is, kunnen zo-

wel het kind als zijn omgeving allerlei redenen bedenken waarom het niet lukt; redenen die de moeite die het kind doet onrecht aandoen.

Vervolgens vraagt de behandeling van de lees- en spellingproblemen veel extra inspanning, die niet altijd wordt beloond (Vieijra, Maidman & Geelhoed, 1999). Vaak wordt er te lang doorgedacht of doorgehandeld op een zinloze weg. De gedachte *'het komt wel als het kind er aan toe is'* heeft gelukkig veel terrein verloren. Tegenwoordig weet men dat men de extra hulp binnen de klas en de remedial teaching zo vroeg mogelijk moet inzetten. Echter, ook met tijdig ingezette extra ondersteuning kan de dyslexie niet altijd voldoende worden bestreden. Volgens de commissie Dyslexie van de Gezondheidsraad (1995) is er bij drie procent van de leerlingen sprake van een dusdanig hardnekkig probleem dat er specialistische hulp noodzakelijk is. Als er na een half jaar extra hulp of remedial teaching onvoldoende resultaten zijn geboekt, zou de stap naar specialistische hulpverlening gezet moeten worden. Het gezegde *'baat het niet, dan schaadt het niet'* gaat hier niet op. Te lang doorgaan met een aanpak die geen resultaten oplevert, schaadt het kind zowel in sociaal-emotioneel opzicht als in onderwijskundig opzicht. De achterstand wordt groter, het kind krijgt met andere vakken steeds meer last van zijn problematiek en de specialistische behandeling kan door het uitsstel moeizamer verlopen.

De laatste factor die ik hier wil noemen, zijn de reacties op het leerprobleem van de omgeving van het kind: van de ouders, de familieleden, leerkrachten en klasgenootjes (zie Riddick, 1996; Braams, 1998; Vieijra, Maidman & Geelhoed, 1999). Onbegrip voor de complexe stoornis die dyslexie is, is nog wijd verbreid. Dit leidt tot *'domme opmerkingen'* van volwassenen naar het kind toe en bij kinderen onderling soms tot gepest. Het leidt er ook toe dat er te weinig met de handicap die de dyslexie vormt wordt rekening gehouden (*'ik had alles goed met Aardrijkskunde en toch heeft meester me maar een zes gegeven omdat ik die moeilijke namen fout heb geschreven'*). En onbegrip over dyslexie leidt er toe dat de diagnose vaak veel te laat of helemaal niet gesteld wordt.

Het bovenstaande beschouwend is het weinig verwonderlijk dat er bijna geen dyslectische kinderen zonder flinke faalangst te vinden zijn. En dat er zoveel kinderen met leerstoornissen ook een stemmingsstoornis hebben.

Slot

Kinderen en jongeren met leerproblemen, die het slecht doen op school en ook sociaal-emotioneel slecht functioneren, hebben zeer

vaak een stemmingsstoornis. Leerproblemen en leerstoornissen zijn een risicofactor voor depressiviteit. Ik wil besluiten met enkele op de praktijk van remedial teaching gerichte aanbevelingen over de omgang met en behandeling van kinderen met (mogelijke) stemmingsstoornissen.

1. Heb geregeld overleg met de leerkracht en met de ouders over het welbevinden van het kind. Laat duidelijk je zorgen blijken. Overleg met elkaar hoe de situatie voor het kind prettiger kan worden gemaakt. Hoe beter de ouders, leerkracht, remedial teacher en eventuele andere hulpverleners samenwerken, hoe duidelijker het signaal naar het kind is dat zijn omgeving achter hem staat.

2. Het is van groot belang om een vertrouwensrelatie met de leerling te hebben. Dit is alleen mogelijk als je het kind accepteert, met al zijn sterke en zwakke kanten. Een moeilijk kind wordt je doorgaans sympathieker als je begrijpt waarom hij zich op een bepaalde manier gedraagt. Als je leerlingen (en ouders!) vraagt welke leerkrachten ze op school prettig vinden, zijn dat altijd de leerkrachten die zichtbaar en hoorbaar betrokken zijn bij de kinderen. Leraren die begrijpend zijn, stimuleren, *'warm'* zijn. Betrokken, warme, open leerkrachten scheppen een sfeer waarin leren prettig is en waarin het kinderen makkelijk wordt gemaakt om problemen te bespreken.

3. Probeer uit te vinden hoe de omstandigheden waarin het kind moet functioneren, geoptimaliseerd kunnen worden. Relatief kleine aanpassingen kunnen voor een kind al grote gevolgen hebben. Als een hyperactief kind even van zijn plaats af mag om ergens waar het niet stoort stoom af te blazen, heeft dat niet alleen een positief effect op zijn werk en op de relatie tussen leerkracht en kind, maar het is ook een teken van acceptatie. Door samen naar oplossingen te zoeken voor problemen die het kind of de leerkrachtervaart, geef je het kind de boodschap dat hij er niet alleen voorstaat, maar in jou een bondgenoot heeft.

4. Probeer altijd zo goed mogelijk uit te vinden wat een kind motiveert, waar zijn interesses liggen, wat hij leuk vindt. Maak met behandelingsmethodes gebruik van die interesses. Bij behandeling van het lezen is een goede keuze van leuke boekjes enorm belangrijk. Faciliteer vervolgens het leren: zorg ervoor dat de problemen zo goed besproken zijn, dat het leren een succes wordt. Om nieuwe faalervaringen zitten deze kinderen niet te springen...

5. Zwakke leerlingen hebben behoefte aan een rijke leeromgeving. Het is niet bevorderlijk ze bij elkaar in een *'zwak groepje'* zitten. Dit is slecht voor hun zelfvertrouwen. Het blijkt ook averechts te werken op het le-

ren, onder andere omdat er in het algemeen lagere doelen aan hen gesteld worden dan aan de andere groepjes. In een rijke leeromgeving wordt het kind gestimuleerd om te leren. Voor zwakke leerlingen is daarbij veel directe instructie van de leerkracht en de remedial teacher nodig om de leerontwikkeling te versnellen (Vernooy, 1998).

6. Als het plotseling beduidend slechter gaat met het kind, adviseer dan de ouders om met de huisarts te overleggen. Deze kan dan doorverwijzen naar een psychotherapeut of een kinder- en jeugdpsychiater.

Literatuur

American Psychiatric Association (199..) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV)**. Lisse: Swets & Zeitlinger

Braams, T. (1996). **Dyslexie, een complex taalprobleem**. Amsterdam: Boom.

Braams, T. (1998). **Kinderen met dyslexie, een gids voor ouders**. Amsterdam: Boom.

Braams, T. en T. Talma (1999). **Kinderen en jongeren met een depressie**. Amsterdam: Boom.

Gezondheidsraad, commissie Dyslexie (1995). **Dyslexie, afbakening en behandeling**. Den Haag: Gezondheidsraad publikatie 1995/15.

Gunning, B., en A. Paternotte (1997). **Toen we de bijsluiter lezen...** Bilthoven: Balans.

Paternotte, A. (1998). **Wacht even... Kinderen met ADHD/ADD thuis en op school**. Bilthoven: Balans.

Petri, J.M. (1999). **Bij haar kan ik niet leren!** Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Riddick, B. (1996). **Living with dyslexia, the social and emotional consequences of specific learning disabilities**. Londen: Routledge.

Sambeek, D. van, en A. Senders (1998). **Preventie van depressie bij jongeren**. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vernooy, K. (1998). De effecten van differentiatie op het cognitief en sociaal-emotioneel functioneren van leerlingen. In: P. Ghesquière en A.J.J.M. Ruijsse-naars (red.), **Ernstige leer- en gedragsproblemen op school**. Leuven: Acco.

Vieijra, J., P. Maidman, en J. Geelhoed (1999). Emotionele aspecten die een rol spelen bij dyslexie. In: J.H. Loonstra en F. Schalkwijk (red.), **Omgaan met dyslexie, sociale en emotionele aspecten**. Leuven/Apeldoorn: Garant.

Witte, H.F.J. de (1990). Stemmingsstoornissen en suicide. In: J.A.R. Sanders-Woudstra en H.F.J. de Witte (red.), **Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie**. Assen: van Gorkum.